

Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

Till denna ansökan bifogas intyg från arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att anpassning av bostaden är nödvändiga med hänsyn till sökandes funktionsnedsättning. Vid mer omfattande åtgärder kan ritning och tekniskbeskrivning behövas liksom offert eller kostnadsberäkning.

1. Sökande (Personen med funktionsnedsättningen)

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer och postadress	E-post

2. Kontaktperson (Om någon annan ska sköta ditt ärende)

Namn	Telefon
Adress	Postnummer och postadress
☐ Närstående Relation: _____ ☐ Ombud ☐ God man eller förvaltare	E-post

3. Bostad som ska anpassas

Adress (om annan än sökandes utdelningsadress)	Byggår
Typ av byggnad ☐ Småhus ☐ Flerbostadshus	Inflyttning i bostaden
Bostaden beviljad enligt biståndsbeslut ☐ Ja ☐ Nej	Antal personer i bostaden:
Bostaden förfogas med ☐ Äganderätt ☐ Bostadsrätt ☐ Hyresrätt ☐ Andrahandskontrakt	Finns hiss till bostaden? ☐ Ja ☐ Nej
Fastighetsägare	Telefon
Adress	E-post

4. Nyttjanderättshavares medgivande (Fylls i om flera personer står på kontraktet)

För medgivandet gäller följande: Hyresgästen/bostadsrättsinnehavaren får utföra de åtgärder för vilka bidrag söks. Detta är enligt lagen (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag m.m. en av förutsättningarna för att bostadsanpassningsbidrag ska kunna beviljas. (vid fler nyttjanderättshavare lämnas bilaga)

Ort	Datum
Nyttjanderättshavare	Namnteckning (behörig att teckna medgivande)
E-postadress	Telefon

5. Anpassningsåtgärder som bidrag söks för:

6. Medgivande till bostadsanpassningshandläggaren

Handläggaren får kontakta arbetsterapeut, läkare eller annan som har kännedom om min funktionsnedsättning. ☐ Ja ☐ Nej

Handläggaren får samtycke till att mina personuppgifter (namn, adress, telefonnummer) samt sökta åtgärder får skickas via e-post till tredje part. ☐ Ja ☐ Nej

Jag försäkrar på heder och samvete att de uppgifter om faktiska förhållanden som lämnats i denna ansökan och därtill bifogade handlingar är sanningsenliga.

Jag medger samtidigt att mina personuppgifter registreras och behandlas i Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtäljes datasystem för bostadsanpassningsärenden.

7. Underskrift av sökanden (eller person med fullmakt att teckna sökande)

Ort	Datum
Namnteckning	Namnförtydligande

Underskrift av vårdnadshavare 1 (om sökande är under 18 år)

Ort	Datum
Namnteckning	Namnförtydligande

Underskrift av vårdnadshavare 2

Ort	Datum
Namnteckning	Namnförtydligande